



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Peritraumatische dissociatie:

acute reacties op schokkende gebeurtenissen en hun gevolgen Peritraumatische dissociatie

Rolf Kleber en Onno van der Hart*

Peritraumatische dissociatie verwijst naar uitingen van derealisatie, tijdsverstoring, depersonalisatie en verbijstering tijdens of direct na een schokkende gebeurtenis. Deze directe reacties blijken nauw samen te hangen met later optredende posttraumatische stress-stoornissen. Dit artikel biedt een overzicht van dit nieuwe onderzoeksveld en gaat daarbij ook in op de diagnose acute stress-stoornis, op heftige emoties als voorspeller van latere problematiek en op relevante meetinstrumenten.

Inleiding

Een van de intrigerendste vraagstukken in de psychotraumatologie is de grote verscheidenheid in de ernst van de individuele reacties op schokkende gebeurtenissen. Sommige mensen ervaren na geweldsdelicten, rampen en andere zeer ingrijpende ervaringen jarenlang ernstige moeilijkheden en kunnen de herinneringen niet of nauwelijks hanteren. Anderen zijn vrij snel over de schok heen en kunnen al gauw zonder veel moeite over het meegemaakte leed praten.

Het voorspellen van deze verscheidenheid aan reacties is een uitdagende onderneming, niet alleen vanwege het bevredigen van de wetenschappelijke nieuwsgierigheid, maar ook uit een oogpunt van gezondheidszorg. Als men tevoren of (wat ongetwijfeld realistischer is) vlak na een schokkende gebeurtenis zou kunnen vaststellen wie wel en wie niet later problemen krijgt, dan kan door vroegtijdig ingrijpen wellicht veel leed voorkomen worden.

Het begrip peritraumatische dissociatie is tegen deze achtergrond een zeer aantrekkelijk concept. Het verwijst namelijk naar de constatering dat sommige mensen tijdens of direct na een extreme gebeurtenis reageren met specifieke uitingen van verwarring, desoriëntatie en een verlies van realiteitsbesef. Deze verschijnselen zijn vast te stellen met behulp van gestandaardiseerde psychologische meetinstrumenten. Juist de mensen die veel van dergelijke reacties vertonen en dus hoog scoren op deze instrumenten zijn degenen die later veel psychische problemen, in het bijzonder posttraumatische stress-stoornis, krijgen. In een notendop vormen deze veronderstellingen de gedachtengang achter het concept peritraumatische dissociatie.

* PROF. DR. R.J. KLEBER is verbonden aan de Universiteit Utrecht, de Katholieke Universiteit Brabant en het Instituut voor Psychotrauma. Correspondentieadres: Klinische Psychologie, Universiteit Utrecht, Heidelberglaan 1, 3584 CS Utrecht.
PROF. DR. O. VAN DER HART is verbonden aan de RIAGG Zuid/Nieuw West Amsterdam, de Universiteit Utrecht en het Cats-Polm Instituut.

Wat gebeurt er direct na een schokkende gebeurtenis?

Hoe reageren mensen in eerste instantie op oorlogsgeweld, rampen en andere schokkende gebeurtenissen? Ofschoon inmiddels de stroom van publicaties over trauma gigantisch is, blijken de eerste reacties op een traumatische ervaring relatief weinig onderzocht te zijn. Verwonderlijk is dat niet, want deze verschijnselen zijn niet gemakkelijk te onderzoeken. Een onderzoeker zal hoogst zelden ter plekke zijn met kant en klare meetinstrumenten. Bovendien zitten slachtoffers van een ramp of van oorlogsgeweld niet direct te wachten op wetenschappelijk onderzoekers. Veel van de inzichten zijn dan ook gebaseerd op retrospectieve studies en op latere indrukken in de klinische praktijk.

In eerste instantie reageren mensen op een schokkende gebeurtenis met verbazing, ontzetting en verbijstering. Zo zijn 'dit kan niet waar zijn' en 'dit is een grap' waarschijnlijk de na afloop meest gehoorde reacties op een bankoverval. In een Nederlandse studie (Van der Velden, Van der Burg, Van den Bout & Steinmetz, 1992) werden door een overval getroffen medewerkers van spaarbanken gevraagd naar hun gevoelens direct na de overval. De vijf meest voorkomende waren achtereenvolgens: machteloosheid, gespannenheid, verbijstering, schrik en doodsangst.

Wat mensen tijdens en direct na de gebeurtenis proberen is de voorvallen te interpreteren vanuit hun ervaringen met eerdere voorvallen. Vandaar ook de verbijstering en het ongeloof wanneer de gebeurtenissen te extreem, te afwijkend en te plotseling zijn. Het gebeurde valt absoluut niet te vatten binnen de bestaande cognitieve kaders. Duidelijke voorbeelden geeft Ellemers (1956) in zijn studie van de watersnoodramp in 1953. In eerste instantie reageerden sommige getroffenen op het binnenstromende water met gedachten als 'het toilet loopt over' of 'het theewater kookt over'.

In de jaren zeventig vroegen Noyes, Hoenk, Kuperman en Slymen (1977) 102 slachtoffers van verkeersongevallen naar hun reacties ten tijde van het ongeluk. Uit een factoranalyse van de antwoorden kwam een zeer belangrijke factor naar voren die de auteurs aanduidden als '*depersonalisatie*'. Alles leek vreemd en onwerkelijk. Het was alsof de persoon in het geheel niet met het ongeluk te maken had. Hij voelde zich onthecht van zijn lichaam en zichzelf. Het leek een droom. Een enkele keer ging dit samen met een verstoorde waarneming en met een verwarring in het denken. Deze zogenaamde '*mental clouding*' trad speciaal op wanneer het gevaar zeer ernstig was en redding onmogelijk leek. Daarnaast ontdekten de onderzoekers in de antwoorden van de verkeersslachtoffers ook een factor die juist het tegenovergestelde van depersonalisatie inhield, namelijk '*hyperaliertheid*'. Waarneming en gedachten waren zeer helder. Het leek alsof de intensiteit van de beleving van de realiteit sterk toenam. Het bleek dat een individu op het moment van de schok een verhoogde aandacht vertoonde, maar dat deze toestand los stond van emotionaliteit.

Deze combinatie van verhoogde aandacht en afwezigheid van emoties is vaker beschreven (zie ook Kleber & Brom, 1992; Van der Velden et al., 1992). In het algemeen blijken mensen redelijk koelbloedig te reageren op extreme ervaringen. De klemtoon ligt op overleven en handelen. De meeste mensen handelen redelijk adequaat tijdens overweldigende gebeurtenissen. Paniek komt veel minder voor dan doorgaans wordt aangenomen, zeker wanneer men afgaat op berichtgeving in de media. Panische reacties

zijn meestal gebonden aan specifieke situationele karakteristieken. Het meest gebruikte voorbeeld is een uitslaande brand in een bioscoop waarin slechts één nooduitgang aanwezig is.

Het is tegen deze achtergrond begrijpelijk dat sterke emoties op het moment van de schok niet overheersen. In eerste instantie overheerst ongeloof en kijkt men met verbazing en afwezigheid van gevoel naar de situatie. Vrij snel na de gebeurtenis ontstaan heftige reacties en komen reacties zoals slapeloosheid, moeite met concentreren, een besef van onveiligheid en geïrriteerdheid veelvuldig voor.

Psychische stoornis of niet?

Sommige mensen reageren zo problematisch op een schokkende gebeurtenis dat men van een psychische stoornis zou willen spreken. Er zijn immers voorbeelden genoeg van mensen die zo verdoofd en verlamd op een schok reageren of van mensen die zulke intense en panische emoties vertonen dat zij ernstig disfunctioneren.

In de vierde versie van DSM (APA, 1994) is een nieuwe categorie geïntroduceerd om de acute problematiek na een traumatische ervaring in onder te brengen: de acute stress-stoornis (ook wel afgekort als ASS). Deze wordt, net als de erop gelijkende posttraumatische stress-stoornis (PTSS), tot de rubriek van angststoornissen gerekend. Allereerst moet er een extreme stressor zijn geweest. Deze is op dezelfde wijze gedefinieerd als bij de posttraumatische stress-stoornis. Vervolgens moet de persoon kampen met meerdere klachten binnen elk van de volgende vier symptoomgebieden: 1 dissociatieve klachten, 2 herbelevingen, 3 vermijdingen en 4 symptomen van angst of sterke 'arousal'. Ten slotte moet de stoornis optreden binnen vier weken na de gebeurtenis en duurt zij ten minste twee dagen en niet langer dan vier weken.

Veel meer dan bij de posttraumatische stress-stoornis ligt het accent bij de acute stress-stoornis op dissociatieve klachten. Binnen dit gebied van klachten moet de persoon ten minste aan drie van de volgende vijf klachten lijden: emotionele doofheid, verlaagd bewustzijn, depersonalisatie, derealisatie en een onvermogen zich een belangrijk aspect van de gebeurtenis te kunnen herinneren.

Aan de categorie van acute stress-stoornis liggen ideeën over dissociatie die in de jaren tachtig weer meer in de belangstelling kwamen te staan ten grondslag en in mindere mate ook het empirische werk van de Israëliische onderzoekster Zahava Solomon (1993). In vele onderzoekspublicaties beschreef zij de problematiek van militairen die leden aan allerlei ernstige psychische moeilijkheden die het gevolg waren van hun inspanningen in de Libanon-oorlog en andere militaire acties in en rondom Israël. Daarmee wordt ook duidelijk waar de wortels van het concept acute stress-stoornis liggen. In de Eerste en de Tweede Wereldoorlog werden soortgelijke fenomenen – onder meer aangeduid als gevechtssuïtputting of 'war neurosis' – beschreven bij soldaten die instortten aan het front (onder meer Kardiner, 1941; Swank, 1949).

De diagnostische categorie acute stress-stoornis wordt nog betrekkelijk weinig gebruikt. Verwonderlijk is dat niet, daar het concept pas recent is geïntroduceerd. Er kleven diverse conceptuele moeilijkheden aan het begrip (zie voor een goed overzicht Bryant & Harvey, 1997; Harvey & Bryant, 1998). Zo moet een persoon aan nogal wat

uiteenlopende klachten lijden, wil hij of zij aan de criteria voldoen. Erg duidelijk komt de stoornis daardoor niet over. De vermelde tijdsduur is voorts arbitrair. Daarnaast is de empirische onderbouwing van het concept niet sterk; van de vele onderzoeksbevindingen van Zahava Solomon lijkt niet veel geprofiteerd te zijn. Vele conceptuele moeilijkheden hebben te maken met de volgende vraagstukken: wat is de grens tussen normaal en gestoord reageren op een extreme gebeurtenis, hoe zijn deze van elkaar te onderscheiden, is dit onderscheid belangrijk als de symptomen van voorbijgaande aard zijn?

In het algemeen spreekt men liever niet van psychische stoornissen (in de zin van DSM-IV) in de eerste weken na een gebeurtenis. Een extreme ervaring heeft plaatsgevonden en een persoon heeft tijd en energie nodig om die ervaring van machteloosheid en ontwrichting te verwerken. Het is dan ook niet verwonderlijk dat in de klinische praktijk de diagnose posttraumatische stress-stoornis doorgaans pas na 2 tot 4 maanden van toepassing wordt geacht (Brom, Kleber & Defares, 1986; Marmar, Foy, Kagan & Pynoos, 1993).

Wat is nu peritraumatische dissociatie?

Ofschoon eerdere studies al hadden gewezen op karakteristieke acute verschijnselen werd het moderne begrip peritraumatische dissociatie pas in het begin van de jaren negentig geïntroduceerd. Baanbrekend waren daarbij de empirische studies van de onderzoeksgroepen rondom enerzijds Marmar (Marmar et al, 1994; Marmar, Weiss, Metzler & Delucchi, 1996) en anderzijds Spiegel (Spiegel & Cardeña, 1991). Peritraumatische dissociatie is inmiddels in relatie tot vele extreme situaties bestudeerd: aardbevingen, grote branden, verkeersongevallen, geweldsmisdrijven, industriële rampen en oorlog.

Directe inspiratiebron voor het begrip is de hernieuwde aandacht voor het werk van de Franse psychiater Pierre Janet geweest. Dissociatie vormde voor Janet het sleutelconcept in het begrijpen van de gevolgen van traumatische ervaringen. Bij Janet ging het daarbij voornamelijk om de latere gevolgen. Als een gebeurtenis overweldigende negatieve emoties oproept, kunnen de getroffen personen deze ervaring niet in hun systeem van betekenissen opnemen (zie Van der Hart & Friedman, 1989). Dissociatie is een compartimentalisatie van de ervaring. Onderdelen van herinnering aan de gebeurtenis blijven als het ware afgesplitst aanwezig. Zij worden niet geïntegreerd in de persoon. De gedissocieerde herinneringen aan de traumatische ervaring blijven echter op onbewust niveau werkzaam en veroorzaken klachten die destijds door Janet en anderen werden aangeduid met de term hysterie.

Volgens Janet is een succesvolle integratie van nieuwe ervaringen in ons geheugensysteem gebaseerd op twee soorten activiteiten: 1 geslaagde directe adaptieve actie in de betreffende situaties zelf, en 2 door het verwoorden van de betreffende ervaring de gebeurtenis afsluiten en 'bijschrijven' in onze autobiografie (Van der Kolk & Van der Hart, 1989). De beide activiteiten komen sterk overeen met het uit de moderne cognitieve psychologie (Kleber & Brom, 1992) afkomstige onderscheid tussen 'primaire beheersing' – de omgeving veranderen in overeenstemming met onze wensen – en 'secundaire beheersing' – het realiseren van controle over de situatie door middel

van het vinden van verklaringen of door andere vormen van interpretaties of cognitieve activiteit.

Wat houdt peritraumatische dissociatie nu in? Ofschoon precieze definities zelden in de literatuur worden gegeven is het verschijnsel het best te omschrijven als de onmiddellijke dissociatieve respons (gedragmatige reacties, gevoelens en dergelijke) op een ingrijpende, extreme gebeurtenis. Karakteristiek zijn een gevoel van onwerkelijkheid, een verandering in de ervaring van tijd en ruimte, ervaringen van depersonalisatie, een veranderd besef van het eigen lichaam en tot slot verbijstering, verwarring en desoriëntatie. In een Israëliisch onderzoek naar de gevolgen van verkeersongevallen kwamen Shalev en zijn medewerkers (1996) tot de volgende cijfers. Van een representatieve steekproef van getroffen en toonde 49 procent geen enkel verschijnsel van peritraumatische dissociatie. Bij de overige getroffen kwamen de volgende reacties het meest voor: tijdsverstoring (41%), realiteitsverlies (23%), derealisatie (17%), vormen van geheugenverlies (16%) en het van buitenaf naar jezelf kijken (13%).

Onderzoeksbevindingen

Het onderzoek naar peritraumatische dissociatie is pril. Het merendeel van de onderzoeken stamt uit de laatste vijf jaar. Ruwweg zijn twee lijnen in het onderzoek te onderscheiden. Er is een reeks van retrospectieve studies, waarbij mensen meestal geruime tijd na een gebeurtenis ondervraagd worden. Daarnaast zijn er enkele longitudinale (of ook wel als prospectief aangeduide) onderzoeken waarin mensen enige tijd na de gebeurtenis worden gevolgd.

Opmerkelijk is dat de al eerder genoemde studie van Noyes et al. (1977) achteraf gezien kan worden als een regelrechte voorloper van het huidige onderzoek naar peritraumatische dissociatie. Bij Noorse overlevenden van een ramp met een booreiland in de Noordzee vond Hølen (1993) tijdens follow-up onderzoek één respectievelijk vijf jaar na deze ramp dat de mate van de 'hyperarousal' alsmede de daarmee verbonden dissociatieve reacties ten tijde van de ramp voorspellers van de gevolgen op langere termijn waren. Bij Israëliische militairen die in de Libanon-oorlog hadden gevochten en aan posttraumatische stress-stoornis leden ontdekten Solomon en Mikulincer (1988) dat degenen onder hen die op het slagveld een zogenaamde 'combat stress reaction' – een acute reactie waarin de persoon in kwestie bevangen wordt door onbeheersbare angst – hadden opgelopen, later in heviger mate aan voor posttraumatische stress-stoornis typerende symptomen leden dan degenen bij wie daarvan geen sprake is geweest. In deze 'gevechtstressreactie' valt het latere concept acute stress-stoornis te herkennen.

Retrospectieve studies laten een samenhang tussen peritraumatische dissociatie en problemen na enkele maanden zien. Zo onderzochten Marmar et al. (1996) een uitgebreide steekproef van 358 bij allerlei rampen betrokken reddingswerkers, zoals politiemensen, brandweerlieden en paramedici. Het bleek onder meer dat peritraumatische dissociatie (gemeten met behulp van een vragenlijst) meer optrad bij jongeren, meer bij directe blootstelling aan de extreme situatie, meer bij mensen met een 'extern controlebesef' en meer bij mensen met vermijdende vormen van 'coping'. Hoe ingrijpender dus de situatie was, des te meer peritraumatische dissociatie

voorkwam. En tegelijk: hoe minder mensen het gevoel hadden dat zij de situatie beheersten en hoe minder zij in hun eigen kracht geloofden, des te meer peritraumatische dissociatie optrad.

In een andere studie onderzochten Marmar et al. (1994) 251 mannelijke Vietnam-veteranen. Het was gemiddeld achttien jaar geleden dat zij waren teruggekeerd uit de oorlog. De onderzoekers vroegen hun de meest schokkende ervaring in de oorlog in gedachten te nemen en vervolgens de daarbij opgetreden dissociatieve verschijnselen te beschrijven. De volgende verschijnselen werden het meest gerapporteerd: 1 een verandering van tijdsbesef, 2 'op de automatische piloot gaan', 3 alles leek irreal, 4 zich niet bewust zijn van aspecten van de gebeurtenis, en 5 men zweefde erboven. In een vervolgonderzoek bij vrouwelijke Vietnam-veteranen werd gevonden dat de mate van dissociatieve verschijnselen ten tijde van de oorlog samenhang met de mate van de vermijdings- en herbelevingsreacties ten tijde van het onderzoek (Tichenor, Marmar, Weiss, Metzler & Ronfeldt, 1996). Er was dus een samenhang tussen peritraumatische dissociatie en posttraumatische respons.

Deze onderzoeken onderschrijven het belang van dissociatieve verschijnselen vlak na een gebeurtenis, maar laten tegelijk ook de zwakte zien van dergelijk retrospectief onderzoek. Een persoon wordt gevraagd terug te kijken: de gebeurtenissen die sinds de confrontatie met de schok hebben plaatsgevonden kunnen de herinneringen kleuren. Een extreem voorbeeld van een dergelijke retrospectieve studie zijn de hierboven genoemde onderzoeken van de onderzoeksgroep van Marmar waar Vietnam-veteranen achttien jaar na de gebeurtenis gevraagd werden zich hun reacties te herinneren. Het is dan inmiddels twijfelachtig of zij zich die nog wel zo goed voor de geest kunnen halen. Wil men echt het belang van peritraumatische dissociatie aantonen, dan zal men op een meer voorspellende wijze onderzoek moeten verrichten.

Een uitstekend voorbeeld van een zogenaamde prospectieve studie is het al eerder genoemde onderzoek van Shalev et al. (1996). Ongetwijfeld is dit het meest overtuigende onderzoek op het terrein van peritraumatische dissociatie. Zij onderzochten 51 Israëliërs die waren opgenomen in een ziekenhuis in verband met een ongeval (meestal een verkeersongeluk). Een week en zes maanden na het ongeval werden diverse vragenlijsten afgenomen. Het bleek dat een half jaar na het ongeval ongeveer 25% leed aan een posttraumatische stress-stoornis. Dit percentage komt aardig overeen met de bevindingen van vele andere onderzoeken over de prevalentie van deze stoornis in representatieve steekproeven (Kleber & Brom, 1989). Peritraumatische dissociatie, gemeten door middel van een vragenlijst een week na het ongeval, bleek in deze studie het latere optreden van posttraumatische stress-stoornis goed te kunnen voorspellen, ook als de onderzoekers controleerden voor medebepalende factoren zoals leeftijd en de ernst van de gebeurtenis. Opvallend was dat peritraumatische dissociatie beter de latere problematiek voorspelde dan herbelevings- en vermijdingsreacties, gemeten met behulp van de veel gebruikte 'Impact of Event Scale' (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979) of 'Schokverwerkingslijst' (Brom & Kleber, 1985). Herbeleving was weliswaar uiterst sterk aanwezig, zowel op het eerste meetmoment als op het tweede meetmoment, maar deze reactie voorspelde niet het latere verschil tussen mensen met een posttraumatische stress-stoornis en mensen die deze stoornis niet ontwikkelden (overigens liet Australisch onderzoek (Creamer, 1995) zien dat herbelevingen en vermijdingen wel voorspellend kunnen zijn voor latere

problematiek, maar in dit onderzoek was peritraumatische dissociatie als concept niet opgenomen).

Ook het onderzoek van Koopman, Classen en Spiegel (1994) bij de slachtoffers van de grote branden in Noord-Californië aan het begin van de jaren negentig liet zien dat uitingen van dissociatie vlak na de gebeurtenis het optreden van posttraumatische stress-stoornissen (zeven tot negen maanden) later bleken te voorspellen, beter zelfs dan de uitingen van angst of het besef van het verlies van autonomie vlak na de rampen.

Tot slot is er het Nederlandse onderzoek van Van der Hart, Pop en Van Son Smittenberg (1998). Zij onderzochten veertig vrouwen vlak na en een half jaar na de bevalling. Het gaat hierbij bepaald niet om een bij uitstek traumatische gebeurtenis, maar de ervaring is ingrijpend en kan voor sommige vrouwen schokkend zijn. Peritraumatische dissociatie gemeten vrij kort na de bevalling hing sterk samen met latere bevindingen omtrent vermijdingen (gemeten door middel van de Schokverwerkingslijst).

Hoe stelt men peritraumatische dissociatie vast?

Men kan natuurlijk peritraumatische dissociatie onderzoeken door mensen te interviewen; dat is ook geregeld gedaan (zie onder meer Noyes et al., 1997). Op een meer gestructureerde wijze is het verschijnsel te bestuderen door middel van gestandaardiseerde vragenlijsten. Hiervan zijn er inmiddels twee voorhanden. De meest gebruikte is de 'Peritraumatic Dissociation Experience Questionnaire' (PDEQ) van Marmar, Weiss en Metzler (1997). Zij bestaat uit 10 vragen specifiek gericht op dissociatieve klachten gedurende en direct na de gebeurtenis, zoals 'ik voelde mij een toeschouwer', 'ik ervoer mijn lichaam als vervormd of veranderd' en 'ik was in de war'. De lijst kent twee versies: één in te vullen door de getroffen persoon zelf en één in te vullen door iemand die de persoon interviewt. Scores op de PDEQ hangen weinig tot niet samen met algemene psychopathologie (Marmar et al., 1994; Tichenor et al., 1996), maar wel zeer sterk met allerlei indicatoren voor posttraumatische stress-stoornis en algemene manifestaties van schokverwerking. Deze vragenlijst is inmiddels in het Nederlands vertaald en in onderzoek gebruikt (Van der Hart et al., 1996). Voordeel van de lijst is dat zij kort is en dat zij klachten meet die tot de kern van het concept peritraumatische dissociatie behoren. De items van de lijst zijn helaas tamelijk omslachtig geformuleerd.

Verder is er de 'Stanford Acute Stress Reactions Questionnaire' (SASRQ) van de onderzoeksgroep rondom Spiegel (Koopman et al., 1994). Deze niet in het Nederlands vertaalde lijst bevat 30 items met betrekking tot dissociatieve symptomen en angstklachten na de gebeurtenis (een eerdere langere versie is ook voorhanden). Zij is ook op te vatten als een poging de acute stress-stoornis door middel van een gestandaardiseerde vragenlijst vast te stellen. De lijst is meer omvattend dan de PDEQ, maar zij meet daardoor ook minder een eenduidig fenomeen. Helaas is de instructie tamelijk vaag over de tijdsaanduiding. De SASRQ meet zowel klachten direct na de gebeurtenis als enige tijd later. Acuut is in dit instrument een ruim begrip.

Een eerste paradox: dissociatie functioneel of niet functioneel?

Het onderzoek naar peritraumatische dissociatie moge behoorlijk overtuigend lijken, toch zijn er twee opvallende paradoxen te herkennen met betrekking tot het samenhang tussen peritraumatische dissociatie en latere problematiek. Een eerste paradox betreft het vraagstuk van de adaptieve waarde van peritraumatische dissociatie.

Dissociatieve reacties worden geregeld gezien als mechanismen om de heftige angst van een traumatische ervaring te hanteren (zie voor een algemene beschouwing Van der Kolk, Van der Hart & Marmar, 1996). Janet schreef al dat de overweldigende angst aldus werd gedempt met als gevolg vermijding, gefragmenteerde herinneringen en bewustzijnsvernaauwing. Een zekere distantie zou toch juist goed zijn tijdens de gebeurtenis en een bescherming tegen al te heftige emoties vormen? Vele mensen melden na afloop dat de gebeurtenis hen overkwam als in een droom. Het is bij wijze van spreken een natuurlijk fenomeen. Pas na afloop dringt de ernst van de situatie tot hen door. Waarom zou dit dan leiden tot meer problemen later? Onderzoek over peritraumatische dissociatie laat echter zien dat de neiging tot onthechting, tot derealisatie en tot afstand nemen tijdens de gebeurtenis geen goede bescherming biedt tegen latere problemen. Het kan zijn dat deze fenomenen bij de meeste mensen weer snel voorbij gaan en dat zij alleen bij een minderheid blijven bestaan. Het is ook mogelijk dat de dissociatieve reacties bij sommige mensen vanaf het eerste moment intenser zijn. Het zijn dan mensen die door eerdere ervaringen minder in staat controle over hun persoonlijke leefsituatie uit te oefenen en die met zulke heftige angst reageren dat zij de ervaring niet kunnen hanteren. Uit het onderzoek van Griffin, Resick en Mechanic (1997) bleek dat degenen die in de eerste week na een gebeurtenis veel peritraumatische dissociatie vertoonden mensen waren die veel vermijdende strategieën gebruikten om de recente schok te hanteren. Die vermijding leek zelfs ook fysiologisch aanwezig te zijn in de zin dat zij minder reactiviteit vertoonden. Deze relatie tussen dissociatie en vermijding wordt in vele studies vermeld (zie Shalev et al., 1996).

Een tweede paradox: heftige emoties versus dissociatie

De tweede paradox betreft de tegenstelling tussen heftige emoties tijdens en direct na een extreme stressor versus peritraumatische dissociatie. Andere onderzoeken laten namelijk zien dat het hebben van heel heftige emoties tijdens de gebeurtenis samenhangt met de ontwikkeling van stoornissen. In hun onderzoek van slachtoffers van bankovervallen vroegen Van der Velden et al. (1992) met behulp van een gestandaardiseerde lijst naar de aanwezigheid van in totaal zestien emoties ten tijde van de overval. Er bleek een samenhang tussen heftige gevoelens ervaren tijdens het geweldsmisdrijf (onder meer: vernedering, walging, doodsangst, verlamming, en machteloosheid) en de aanwezigheid van posttraumatische problemen en gezondheidsklachten. Helaas was dit onderzoek echter retrospectief. Het is ten slotte ook mogelijk dat een slachtoffer zo lijdt onder de gevolgen dat hij de emoties zich als sterker zal herinneren.

In een longitudinale studie ondervroegen Van der Velden en Kleber (1997) de slachtoffers van de ramp met het cruiseschip de Achille Lauro. Deze mensen (veelal van oudere leeftijd) werden ver weg van huis tijdens hun vakantie getroffen. Na een brand en enkele explosies zonk dit schip voor de kust van Somalië. Twee van de circa

600 passagiers kwamen om tijdens de reddingsoperaties. Een maand na de ramp en veertien maanden later vulden zij vragenlijsten in. Ofschoon vele mensen zich machteloos, verbijsterd en angstig hadden gevoeld bleek slechts een minderheid sterke paniekgevoelens te hebben ervaren. Wel bleek na ruim een jaar ruim een kwart van hen nog te lijden aan sterke vermijdings- en herbelevingsreacties, die een indicatie vormden voor de diagnose posttraumatische stress-stoornis. Van de zestien tijdens en direct na de ramp ervaren emoties (gemeten een maand na de gebeurtenis) bleken verrassing, vernedering en walging significante informatie te verschaffen over de later ervaren klachten. De samenhang tussen de reacties direct na de scheepsramp en geruime tijd later waren het meest zichtbaar op het gebied van herbelevingsreacties en gevoelens van boosheid. Ook bij de gegijzelden van terroristische acties uit de jaren zeventig werd een sterke samenhang tussen heftige reacties vrij kort na de gijzeling en vele jaren later ontdekt (Van der Ploeg & Kleijn, 1989).

Kortom, heftige reacties van emotionele aard, blijken, evenals dissociatieve reacties, latere problemen goed te voorspellen. De ene bevinding suggereert dat heftig emotioneel reageren later tot problemen leidt, de andere bevinding suggereert dat juist het uitblijven van reacties tot deze moeilijkheden leidt. Is dit geen paradox? Een mogelijke verklaring is dat extreme reacties – ofwel naar de kant van emotionaliteit ofwel naar de kant van niet-reageren – niet bevorderlijk zijn voor een adequate psychologische verwerking. Het is ook mogelijk dat hier sprake is van een schijnbare tegenstelling. De concepten mogen dan verschillen, maar wanneer men kijkt naar de items van de gebruikte vragenlijsten dan blijken deze zo nu en dan sterk overeen te komen. Zowel in het instrument van Van der Velden et al. (1992) als in dat van Marmar et al. (1997) komen reacties aan de orde zoals verwardheid, desoriëntatie, verbijstering en ontzetting.

De mogelijke onderscheiding dan wel overeenkomst tussen de aanduidingen dissociatie en heftige emoties is nog niet uitgewerkt in empirisch onderzoek. Uitzonderingen zijn de eerder genoemde studie van Holen (1993) en een onderzoek van Moleman, Van der Hart en Van der Kolk (1992). In zijn Noorse studie vond Holen inderdaad dat naast peritraumatische dissociatie ook angstklachten voorspellend waren voor latere posttraumatische problematiek. In hun studie van vrouwen met complicaties bij de geboorte van hun kind ontdekten Moleman et al. dat peritraumatische dissociatie een directe reactie was op paniek tijdens de geboorte en samenhang met latere problematiek. Ook van belang is het onderzoek van Griffin et al. (1997) bij verkrachte vrouwen, waaruit bleek dat het hebben van veel dissociatieve klachten één week na de gebeurtenis nauw samenhang met de gelijktijdige aanwezigheid van meer angstklachten en allerlei andere trauma-gerelateerde problemen. Mede door het ontbreken van goed empirisch onderzoek blijft deze intrigerende paradox voorlopig onopgelost. Opvallend is overigens wel dat de meeste schrijvers over peritraumatische dissociatie heftige emotionaliteit als mogelijke voorspeller consequent veronachtzamen (en omgekeerd).

Enkele implicaties voor opvang en therapie

De hulpverlening aan door schokkende gebeurtenissen getroffen mensen kent vele gedaanten, variërend van concrete informatieverschaffing en lotgenotenhulp tot allerlei vormen van psychotherapie voor mensen met ernstige psychische stoornissen. Een traumatische ervaring is een ervaring van extreme machteloosheid en diepgaande ontwrichting. Het kost iedereen veel moeite te beseffen wat er is gebeurd en het

meegemaakte te integreren in het persoonlijke leven. Maar zij die onmiddellijk al reageren met allerlei vormen van derealisatie en depersonalisatie zijn er later slechter aan toe. Deze constatering heeft implicaties voor de hulpverlening.

Tegenwoordig bestaan er diverse vormen van directe hulpverlening die vrij kort na een gebeurtenis worden geboden en die in principe bestemd zijn voor alle getroffen en (zie voor een overzicht Kleber, 1996). Voorbeelden van deze van psychotherapie te onderscheiden hulp zijn gestructureerde (bedrijfs)opvang, lotgenotenhulp, psycho-educatie en 'debriefing'. Vooral over de laatstgenoemde methode van 'psychological debriefing' woedt momenteel een discussie over de al dan niet vermeende effectiviteit. Het gaat hierbij om een groepsgerichte benadering voor mensen die zijn betrokken bij grote reddingsacties en die na afloop bij elkaar komen om de ervaringen te bespreken. Het betreft meestal een eenmalige, vrij langdurige bijeenkomst waarin de deelnemers gevraagd wordt te praten over wat zij hebben meegemaakt en over de daarbij opgetreden gevoelens (Mitchell & Everly, 1995). Het doel van 'psychological debriefing' is onder meer het verminderen van het risico op posttraumatische stress-stoornis. Maar volgens sommige auteurs (Raphael, Meldrum & McFarlane, 1995) zou een dergelijke aanpak eerder leiden tot meer dan tot minder problemen. Over dit vermeende negatieve effect bestaat overigens geen eenduidigheid. Van de weinige onderzoeken op dit terrein wijzen enkele studies op geen verbetering of zelfs een verslechtering bij reddingswerkers die ingezet waren bij een ramp of een geweldsmisdrijf (zie Carlier, Lamberts, Gersons & Van Uchelen, 1995). Andere studies wijzen wel op positieve resultaten (Chemtob, Tomas, Law & Cremniter, 1997). Het uitgangspunt van 'debriefing' is aantrekkelijk, maar het zou kunnen zijn dat sommige reddingswerkers juist door die gerichte nadruk op het gezamenlijk vertellen en bespreken van de verschrikkelijke ervaringen zo vlak na een calamiteit worden overweldigend door de opgeroepen emoties. De veronderstelling is dan dat deze hulp te snel na de calamiteit plaatsvindt en de toch al broze weerbaarheid van de uitgeputte personen teniet doet. Juist degenen die met verschijnselen van peritraumatische dissociatie reageren zijn wellicht de getroffen en die het minst gebaat zijn bij 'debriefing' en mogelijk ook andere vergelijkbare vormen van directe hulpverlening na een schok. Aan hen zouden dan meer voorzichtige en meer langdurige vormen van hulp verschaft moeten worden.

In de psychotherapie van traumagerelateerde stoornissen kan zich hetzelfde voordoen. Bij de meeste behandelingen staat de reconstructie van de gebeurtenissen en de blootstelling aan de herinneringen eraan centraal (zie voor overzichten Van der Hart, 1995; Kleber, Mittendorff & Van der Hart, 1997). Wanneer dit onvoorzichtig gebeurt, leidt dit bij sommige mensen wellicht tot dezelfde dissociatieve reacties die zij oorspronkelijk vertoonden. De door de therapie opgeroepen herinneringen worden dan als het ware retraumatiserend. Een besef van beheersing over de herinneringen is daarom cruciaal. Het gevaar van retraumatisatie wordt zoveel mogelijk voorkomen door het gebruik van fasengerichte behandelmodellen (Van der Hart, 1995) en vergelijkbare vormen van gerichte traumatherapieën (Brom, Kleber & Defares, 1986; Foa, Hearst-Ikeda & Perry, 1995).

Gezien de voorspellende waarde van het fenomeen is het voor een psychotherapeut verstandig te letten op de verschijnselen van peritraumatische dissociatie die de persoon rapporteert over de meegemaakte gebeurtenis. Forse manifestaties ervan zijn een hindernis voor de integratie van de ervaring. Dergelijke reacties moeten een expliciete

plaats krijgen in de behandeling. Zeker wanneer de gebeurtenis nog vrij recent heeft plaatsgevonden, vormen gegevens hierover een indicatie voor latere problematiek.

Men kan daarbij nog een stap verder gaan en trachten in een vroeg stadium te voorspellen. Zijn gegevens over peritraumatische dissociatie en wellicht ook andere acute reacties te gebruiken om mensen te 'screenen' en op die manier degenen te selecteren die later problemen dreigen te krijgen? In een Nederlandse studie formuleerden Van der Velden et al. (1992) een risico-index voor slachtoffers van bankovervallen. De eerder genoemde heftige emoties namen een belangrijke plaats in deze index in, naast met name problemen op het werk en eerder meegemaakte overvallen. Een recenter voorbeeld is een Duitse studie naar slachtoffers van geweld (Fischer, Becker-Fischer & DÜchting, 1998). Evenals in de Nederlandse studie destilleerden zij uit een grote verzameling biografische en psychologische gegevens die variabelen die het beste een indicatie vormden voor psychische problematiek. In hun index nam peritraumatische dissociatie – gemeten door middel van de PDEQ – een centrale plaats in. Dergelijke screeningsinstrumenten worden in de eerste weken na de gebeurtenis door bijvoorbeeld met geweldsdelicten geconfronteerde werknemers ingevuld, zodat de gegevens gebruikt kunnen worden bij de verdere nazorg.

Met deze laatste constatering is deze beschouwing terug bij het vraagstuk dat in het begin werd genoemd. Hoe komt het dat sommige mensen lang na een schok nog kampen met ernstige psychische moeilijkheden en anderen minder of zelfs nauwelijks? Peritraumatische dissociatie heeft onbetwistbaar een plaats in een benadering waarin gezocht wordt naar de meervoudige bepaaldheid van het menselijk gedrag na traumatische ervaringen.

Dankbetuiging

De auteurs danken drs. Peter G. van der Velden voor zijn waardevolle opmerkingen bij het manuscript.

Referenties

- De vragenlijst PDEQ is bij de auteurs op te vragen.
- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition – DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Brom, D., & Kleber, R.J. (1985). De Schok Verwerkings Lijst. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 40, 164-168.
- Brom, D., Kleber, R.J., & Defares, P.B. (1986). *Traumatische ervaringen en psychotherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bryant, R.A., & Harvey, A.G. (1997). Acute stress disorder: A critical review of diagnostic issues. *Clinical Psychology Review*, 17, 757-773.
- Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., Gersons, B.P.R., & Uchelen, A.J. van (1995). *Het lange-termijneffect van debriefen: een vervolgonderzoek bij de Amsterdamse politie naar aanleiding van de Bijlmerramp*. Amsterdam: Academisch Medisch Centrum, Vakgroep Psychiatrie.
- Chemtob, C.M., Tomas, S., Law, W., & Cremniter, D. (1997). Postdisaster psychosocial intervention: A field study of the impact of debriefing on psychological distress. *American Journal of Psychiatry*, 154, 415-417.
- Creamer, M. (1995). A cognitive processing formulation of posttrauma responses. In R.J. Kleber, C.R. Figley & B.P.R. Gersons (Eds.), *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics* (pp.55-74). New York: Plenum Press.

- Ellemers, J.E. (1956). *De Februari-ramp*. Assen: Van Gorcum.
- Foa, E.B., Hearst-Ikeda, D., & Perry, K.J. (1995). Evaluation of a brief cognitive behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 948-955.
- Fischer, G., Becker-Fischer, M., & Düchting, C. (1998). *Neue Wege in der Hilfe für Gewaltopfer: Ergebnisse und Verfahrensvorschläge aus dem Kölner Opferhilfe Modell*. Köln: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Griffin, M.G., Resick, P.A., & Mechanic, M.B. (1997). Objective assessment of peritraumatic dissociation: Psychophysiological indicators. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1081-1088.
- Hart, O. van der (1995) (red.). *Trauma, dissociatie en hypnose*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hart, O. van der, & Friedman, B. (1989). A reader's guide to Pierre Janet on dissociation: A neglected intellectual heritage. *Dissociation*, 2, 3-16.
- Hart, O. van der, Pop, V.J.M., Son, M.J.M. van, & Smittenberg, J. (1998). *Giving birth: A happy or traumatic event?* Voordracht 2nd Dutch Conference on psychology and health, Rolduc, Kerkrade, 25-27 mei.
- Harvey, A.G., & Bryant, R.A. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 507-512.
- Holen, A. (1993). The North Sea oil rig disaster. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 471-478). New York: Plenum Press.
- Horowitz, M.J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Kardiner, A. (1941). *The traumatic neuroses of war*. New York: Paul Hoeber.
- Kleber, R.J. (1996). Traumatische ervaringen: gevolgen, verwerking en hulpverlening. In: P. van Splunteren et al. (Red.), *Handboek Maatschappelijk Werk Methodiek* (pp. D 1015 1-29). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kleber, R.J., & Brom, D. (1989). Incidentie van posttraumatische stress-stoornissen na frontervaringen, geweldsmisdrijven, ongevallen en rampen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 31(10), 675-691.
- Kleber, R.J., & Brom, D., in collaboration with Defares, P.B. (1992). *Coping with trauma: Theory, prevention and therapy*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Kleber, R.J., Mittendorff, C., & Hart, O. van der (1997). Posttraumatische stress. In: W. Everaert et al. (red.), *Handboek Klinische Psychologie* (pp. D 2000 1-30). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kolk, B.A. van der, & Hart, O. van der (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1530-1540.
- Kolk, B.A. van der, Hart, O. van der, & Marmar, C.R. (1996). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In: B. van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress* (pp. 303-330). New York: Guilford Press.
- Koopman, C., Classen, C., & Spiegel, D. (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm. *American Journal of Psychiatry*, 151, 888-894.
- Marmar, C.R., Foy, D., Kagan, B., & Pynoos, R.S. (1993). An integrated approach for treating post-traumatic stress. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 12, 239-272.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., & Metzler, T.J. (1997). The peritraumatic dissociative experiences questionnaire. In: J.P. Wilson & T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 412-428). New York: The Guilford Press.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T.J., & Delucchi, K. (1996). Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *American Journal of Psychiatry*, 153, 94-102.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Jordan, K., Kulka, R.A., & Hough, R.L. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 902-907.
- Mitchell, J.T., & Everly, G.S. (1995). Critical Incident Stress Debriefing (CISD) and the prevention of work-related traumatic stress among high risk occupational groups. In: G.S. Everly & J.M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology: key papers and core concepts in post-traumatic stress* (pp. 267-280). New York: Plenum Press.
- Moleman, N., Hart, O. van der, & Kolk, B.A. van der (1992). The partus stress reaction: A neglected etiological factor in post-partum psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 271-272.

- Noyes, R., Hoenk, P.R., Kuperman, S., & Slymen, D.J. (1977). Depersonalization in accident victims and psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 401-407.
- Ploeg, H.M. van der, & Kleijn, W.C. (1989). Being held hostage in The Netherlands: A study of long-term aftereffects. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 153-171.
- Raphael, B., Meldrum, L., & McFarlane, A.C. (1995). Does debriefing after psychological trauma work? *British Medical Journal*, 310, 1479-1480.
- Shalev, A.Y., Peri, T., Canetti, L., & Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 219-225.
- Solomon, Z. (1993). *Combat stress reaction: The enduring toll of war*. New York: Plenum Press.
- Solomon, Z., & Mikulincer, M. (1998). *From CSR to PTSD: A three year longitudinal study*. Medical Corps, Department of Mental Health, The Israel Defence Forces.
- Spiegel, D., & Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366-378.
- Swank, R.L. (1949). Combat exhaustion. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 109, 475-508.
- Tichenor, V., Marmar, C.R., Weiss, D.S., Metzler, T.J., & Ronfeldt, H.M. (1996). The relationship of peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: Findings in female Vietnam theatre veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1054-1059
- Velden, P.G. van der, Burg, S. van der, Steinmetz, C.H.D., & Bout, J. van den (1992). *Slachtoffers van bankovervallen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Velden, P.G. van der, & Kleber, R.J. (1997). Een traumatische vakantie: een onderzoek naar slachtoffers van een scheepsramp. *Gedrag & Gezondheid*, 25, 176-189.B